



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

2014/2015

Ana Margarida Gonçalves Coelho  
Prevalência e fatores determinantes  
para aleitamento materno no Vale  
Tâmega e Sousa

março, 2015

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Margarida Gonçalves Coelho  
Prevalência e fatores determinantes  
para aleitamento materno no Vale  
Tâmega e Sousa

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Pediatria**

**Tipologia: Dissertação**

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:**  
**Dra. Leonilde Augusta Ferreira Machado**

**E sob a Coorientação de:**  
**Doutor António José Mónica da Silva Guerra**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:**  
**Jornal de Pediatria**

março, 2015

**FMUP**

Eu, Ana Margarida Gonçalves Coelho, abaixo assinado, nº mecanográfico 2008 03752, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 16/03/2015

Assinatura conforme cartão de identificação:

Ana Margarida Gonçalves Coelho

NOME

Ana Margarida Gonçalves Coelho

CARTÃO DE CIDADÃO OU PASSAPORTE (se estrangeiro)

E-MAIL

TELEFONE OU TELEMÓVEL

13767321

anamgcoelho@  
gmail.com

91 056 2348

NÚMERO DE ESTUDANTE

DATA DE CONCLUSÃO

200809752

Março 2015

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Pediatria

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Prevalência e fatores determinantes para aleitamento materno no Vale Tâmega e Sousa

ORIENTADOR

Doutora Leonilde Augusta Ferreira Machado

COORDINADOR (se aplicável)

Professor Doutor António José Mónica da Silva Guerra

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/Monografia (riscar o que não interessa) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 16 / 03 / 2015

Assinatura conforme cartão de identificação: Ana Margarida Gonçalves Coelho

---

---

*A todos aqueles que me acompanharam durante esta jornada, que sempre acreditaram nos meus sonhos e me apoiaram mesmo nos momentos mais difíceis.*

*Ao meu avô Francisco que apesar de já não se encontrar entre nós, permanecerá sempre no meu pensamento. Sei que me irás acompanhar onde quer que o futuro me leve.*

# **PREVALÊNCIA E FATORES DETERMINANTES PARA O ALEITAMENTO MATERNO NO VALE DO TÂMEGA E SOUSA**

## **ALEITAMENTO MATERNO: PREVALÊNCIA E DETERMINANTES**

ANA M.G. COELHO <sup>1</sup>, ANTÓNIO J. M. S. GUERRA <sup>2</sup>, LEONILDE A. F. MACHADO <sup>3</sup>

<sup>1</sup> – Faculdade de Medicina da Universidade de Porto,

Email: anamgcoelho@gmail.com

Pesquisa bibliográfica; elaboração de protocolo experimental e desenho de estudo; recolha e análise de dados; redação e revisão do artigo

<sup>2</sup> – Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Email: ajmonicaguerra@hotmail.com

Pesquisa Bibliográfica; desenho de estudo; revisão do artigo

<sup>3</sup> – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Vale do Tâmega e Sousa, E.P.E.

Email: leonildefmachado@gmail.com

Pesquisa bibliográfica; recolha de dados; redação e revisão de artigo

### **Autor para correspondência e contactos pré-publicação**

Ana Margarida Gonçalves Coelho

Morada: Al. Prof. Hernâni Monteiro, 4200 - 319 Porto, PORTUGAL

Tel.: 91 0562348      Fax.: 22 551 3601

Email: anamgcoelho@gmail.com

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Número total de palavras: 2928

Número total palavras do Resumo: 243

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O leite materno é considerado o melhor meio de nutrição para recém-nascidos. A Organização Mundial de Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até aos 4-6 meses e idealmente em algumas refeições até aos 24-36 meses. No entanto, em Portugal, aos 6 meses, verificam-se elevadas taxas de abandono, motivadas pelas mais variadas razões.

**OBJETIVO:** Avaliar a prevalência de aleitamento e a motivação materna para o aleitamento na população da área de influência do Centro Hospitalar Vale Tâmega e Sousa, E.P.E.

**MÉTODOS:** Foram convidadas mães de crianças entre os 0 e os 24 meses, seguidas em consulta de Pediatria no hospital distrital da região em estudo. Foram recolhidos dados referentes a características sociodemográficas maternas e paternas bem como história obstétrica. Foi ainda aplicada a *Escala de Motivação para o Aleitamento*. Os dados obtidos foram analisados usando o SPSS® 22.0.

**RESULTADOS:** Um total de 63 crianças foram incluídas no estudo. À data de alta, a prevalência do aleitamento materno era de 95%, descendo para 57% aos 6 meses e 38% aos 12. Aulas de preparação para o parto, idade e escolaridade maternas superiores estiveram associadas com taxas mais altas de aleitamento. Mulheres que ainda se encontravam a amamentar apresentavam uma maior motivação para o aleitamento.

**CONCLUSÕES:** As prevalências de aleitamento materno encontradas são superiores as descritas nos diversos estudos, cumprindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde. A motivação e posterior sucesso do aleitamento materno parecem estar associados a um maior aconselhamento, no período pré-natal.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno; Prevalência; Motivação.

## **ABSTRACT**

**BACKGROUND:** Breastfeeding is known to be the most complete nourishment for newborns. The World Health Organization highly recommends exclusive breastfeeding until 4-6 months of age and ideally up to 24-36 months in alternate meals. However, in Portugal, a high dropout rate is seen around the 6th month of age.

**OBJECTIVES:** To evaluate maternal motivation and the prevalence of breastfeeding in the population under the influence of the Centro Hospitalar Vale Tâmega e Sousa, EPE.

**METHODS:** Mothers of children between 0 and 24 months, followed in General Pediatrics appointments at our district hospital, were invited to answer our survey. Data regarding maternal and paternal sociodemographic characteristics and obstetric history were collected. As well, participants were asked to fill a scale used to measure the maternal motivation for breastfeeding: “Escala de Motivação para o Aleitamento”. Statistical analysis was performed through SPSS® 22.0.

**RESULTS:** A total of 63 children were included in our study. At hospital discharge, the breastfeeding prevalence was 95%, decreasing to 57% at 6 months and 38% at 12 months of age. Preparation classes for childbirth, maternal age and higher education were associated with higher rates of breastfeeding. Women who were still breastfeeding were more motivated to breastfeed.

**CONCLUSIONS:** The prevalence of breastfeeding in our sample is higher than those described in most studies, fulfilling the target prevalence of the World Health Organization for hospital discharge, 6 and 12. Motivation and the subsequent success of breastfeeding seems to be associated with a higher counseling in the prenatal period.

**Key words:** Breastfeeding; Prevalence; Motivation.



## **ABREVIATURAS**

AM – Aleitamento materno

CHTS – Centro Hospitalar Vale Tâmega e Sousa

DP – Desvio padrão

EMA – Escala de Motivação para Amamentação

gr – Gramas

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS 22.0 – Statistical Package Social Science 22.0

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Vs – Versus

$\chi^2$  – Qui Quadrado

## INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde dos recém-nascidos e respectivas mães(1). A amamentação é descrita como um ato natural, uma característica fisiológica exclusiva da mulher. Com a evolução das sociedades, a amamentação deixou de ser uma necessidade e passou a ser vista como apenas mais uma opção.(2)

Apesar de todos os avanços científicos verificados ao nível da produção dos leites artificiais, o leite materno continua a ser o único que para além de respeitar as necessidades metabólicas do lactente, se adapta à relativa insuficiência digestiva e imaturidade renal do recém-nascido, protegendo-o da excessiva permeabilidade intestinal a macromoléculas.(3) Os componentes únicos do leite materno e o equilíbrio das suas concentrações fazem com que este tenha um papel protetor contra infeções, diminuindo o risco de gastroenterites agudas, infeção do trato respiratório alto ou baixo, otite média aguda, atopia, infeção urinária, sepsis neonatal, enterocolite necrotizante e diminuição do risco de sofrerem de síndrome de morte súbita no lactente.(4-8) Outros estudos, têm demonstrado o efeito protetor do leite materno em fases mais avançadas da vida, demonstrando menor incidência de doenças como diabetes mellitus tipo 1 e 2, doença celíaca, doença inflamatória intestinal, obesidade na adolescência, hipertensão e hipercolesterolemia na idade adulta.(6, 9, 10) E apesar de controverso, alguns estudos defendem que o desenvolvimento cognitivo é ligeiramente superior nas crianças alimentadas ao seio materno(11). Do mesmo modo, a amamentação também se mostra benéfica para a saúde materna, na medida em que leva a recuperação mais rápida no pós-parto: menor hemorragia pós-parto, involução uterina mais rápida, recuperação do peso pré-gravidez, diminuição da incidência do cancro da mama e do ovário, menor risco de osteoporose e doenças cardiovasculares na pós-menopausa e prolonga

anovulação pós-parto(12-15). Podemos ainda enumerar as vantagens a nível social e económico: diminuição dos custos em saúde e absentismo laboral em resultado da menor incidência de doenças nas crianças.(16, 17) Porém, apesar de todas as vantagens previamente enumeradas em relação ao aleitamento materno, a sua prevalência tem oscilando ao longo dos anos, sendo influenciados pelos mais diversos fatores(18). Alguns desses fatores estão diretamente relacionados com as características das mães, mas outros resultam da sua motivação, esta consiste num dos fatores predominantes para a adesão ou não ao AM.(19)

Na segunda metade do século XX a prevalência do AM sofreu um decréscimo. Esse decréscimo relacionou-se com a industrialização, a massificação do trabalho feminino, a perda da família alargada, a publicidade crescente das indústrias produtoras de substitutos do leite.(2)

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) na Declaração Innocenti, defende que o período dedicado ao aleitamento materno oscile entre quatro a seis meses. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) vai um pouco mais longe e afirma que esse período se deve prolongar até vinte e quatro meses(20). Ambas as organizações, têm tentado averiguar as causas do declínio da prevalência do AM e estabelecer estratégias que permitam as mães conciliar as práticas de AM com as exigências das sociedades modernas. Atualmente, tem-se verificado um retorno gradual à prática do AM, em especial nos países mais desenvolvidos e entre mulheres de nível socioeconómico e grau de escolaridade mais elevado. (19, 21, 22)

Em Portugal, os estudos existentes remontam à década de 90 e demonstram elevadas percentagens de AM à saída da maternidade, aproximadamente 90%, mas verifica-se uma elevada taxa de abandono precoce.(23-28) Estão descritas prevalências de 33-54,5% nos primeiros três meses e prevalências inferiores a 30% nos primeiros

seis meses de vida, valores muito aquém dos preconizados pela “Global Strategy on Infant and Young Child Feeding” cujo objetivo é de pelo menos 50% dos recém-nascidos sejam exclusivamente amamentados até seis meses, e que possam prolongar a amamentação até dois anos.(29)

Conhece-se, no entanto, pouco dos fatores que condicionam a amamentação, nomeadamente a influência dos estilos de vida, nível de educação e experiências de amamentação anterior sobre a adesão das mães ao AM(19, 22, 25).

O presente trabalho de investigação teve como objetivo avaliar a prevalência do AM e identificar fatores determinantes da amamentação nos primeiros seis meses de vida na população da área de influência do Centro Hospitalar Vale Tâmega e Sousa, E.P.E. (CHTS); nomeadamente características sociodemográficas, obstétricas e história do aleitamento anterior que influencia a motivação para o AM.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Efetuoou-se um estudo descritivo transversal a mães de crianças com menos de 24 meses de idade que frequentaram a consulta externa de Pediatria entre novembro e dezembro de 2014 no Centro Hospitalar Vale de Tâmega e Sousa, E.P.E. Este estudo foi previamente aprovado pela comissão de ética local. Constituíram critérios de exclusão condições consideradas contraindicação absoluta para o aleitamento materno, como mãe portadora de Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), doenças neoplásicas ou crónicas graves, ou uso de medicação contraindicada durante a amamentação e com doenças metabólicas graves raras (fenilcetonúria e galactosemia)(18).

Um questionário para autopreenchimento para recolha de dados pessoais, juntamente com a Escala de Motivação para a Amamentação (EMA) de Nelas, Ferreira & Duarte (30) e o respetivo consentimento foram entregues por uma profissional do serviço (educadora de Infância), coordenada pela investigador (autora deste trabalho), no momento em que as mães que encontram na sala de espera para as respetivas consultas.

Foram recolhidas variáveis como caracterização sociodemográfica dos progenitores, história obstétrica materna, dados referentes à própria criança e tradição familiar de aleitamento.

A análise estatística foi realizada usando o software SPSS® 22.0. Para efeitos de análise estatística foi considerada um nível de significância de 0.05. A estatística descritiva foi feita usando como medidas de tendência central, a média (para variáveis paramétricas) e mediana (para variáveis não paramétricas); como medidas de dispersão, foi usado o desvio padrão com a média e os percentis 5 e 95 para a mediana. Para avaliar a normalidade das variáveis foram usados os testes de Kolmogorov-Smirnov e

Shapiro-Wilk e para avaliar homogeneidade de variâncias foi usado o teste de Levene. A comparação de médias entre grupos foi conseguida com recurso ao one-way ANOVA (em caso de significância estatística, foi usada a correção de Bonferroni). Para comparação de medianas foram usados os testes: Mann-Whitney U para duas amostras independentes e Kruskal-Wallis para mais de duas amostras independentes. As correlações foram conseguidas através dos coeficientes de correlação de Pearson (para variáveis paramétricas) e de Spearman (para variáveis não paramétricas).

## **RESULTADOS**

### **CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA**

Um total de 63 inquéritos foram obtidos, com média (DP) da idade materna de 30 (5,7) anos, mínimo de 17 e máximo de 40 anos; a maioria era casada (57%), com nível secundário de escolaridade (38%), e residente na aldeia (45%). As primíparas representavam 47% das mulheres, com ligeiro predomínio do sexo masculino nos lactentes (54%); 17% dos lactentes apresentaram baixo peso ao nascimento (<2500gr) e 21% nasceram prematuros (<37 sem). A *Tabela 1* representa a estatística descritiva da amostra.

### **CARACTERIZAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO**

A principal razão apontada para a vontade de amamentar foi o benefício para o lactente (46%), seguido de vantagens para mãe e lactente (33%). O interveniente com um papel mais decisivo nesta vontade foi o médico de família (28%), seguido de outros profissionais de saúde e aulas de preparação para o parto.

A prevalência de aleitamento à data de alta hospitalar foi de 95%, diminuindo para 57%, 38% aos 6 e 12 meses, respetivamente. A *Figura 1* ilustra a taxa de aleitamento do lactente por idade. Como principais razões para abandono há a salientar a sensação de hipogaláctea (30%) e o não aumento ponderal do lactente (15%).

À data da avaliação, a maioria dos bebés (59%) tinha já iniciado LA, com mediana de introdução aos 2 meses; a grande maioria aconselhada pelo pediatra (77%). Relativamente ao leite de vaca, este tinha apenas sido iniciado numa minoria (13%), sempre aconselhado pelo pediatra.

### **MOTIVAÇÃO PARA ALEITAMENTO MATERNO**

O estudo da EMA (motivação global) revela um valor mediano de 96.5, cujo score varia entre um mínimo de 74 e um máximo de 110. Quanto a cada uma das dimensões isoladamente, a motivação cognitiva tem valor mediano de 50, motivação fisiológica de 26 e a motivação psicossocial de 22.

Relativamente há hipótese de estabelecer uma relação entre as variáveis sociodemográficas, nomeadamente a idade materna e sua motivação para a amamentação ou taxas de amamentação, averiguou-se que as mulheres da nossa amostra, que ainda amamentam, são mais velhas do que as que já pararam de amamentar (31 vs 29), ainda que não seja estatisticamente significativa ( $p=0.206$ ). Comprovamos ainda, que as mulheres com idade entre 25-29 possuem uma maior dimensão cognitiva, com valores de ordenação média de 51.5 ( $p=0.507$ ), a dimensão fisiológica é superior nas mães com idade igual ou superior a 35 anos, com valor de ordenação média de 28 ( $p=0.361$ ), ao passo que a dimensão psicossocial bem como a motivação total é superior nas mães entre 30-34 anos com valores de 24 ( $p=0.791$ ) e 101.5 ( $p=0.681$ ), respetivamente.

Quanto ao estado civil, as mães em união de facto são as que tem maior motivação, independentemente da dimensão avaliada, com motivação total 97.5, mesmo não sendo significativo estatisticamente ( $p=0.498$ ).

Quando analisado o grau de escolaridade, verificamos que apesar de diferenças nas várias dimensões, elas não são estatisticamente significativas, no entanto, as mais que possuem maior grau de escolaridade (secundário ou ensino superior) que apresentam maior motivação em todas as dimensões.

A análise referente à situação profissional, demonstra uma maior motivação em todas as dimensões nas mães empregadas (dimensão cognitiva 51 ( $p=0.095$ ), fisiológica 27 ( $p=$



0.086), psicossocial 23 ( $p= 0.0327$ ) e motivação total 100 (0.119)), e apesar de não ser estatisticamente significativo os valores são sugestivos de diferenças, a amostra é que pode ser demasiado pequena para as detetar. Tendo-se apurado que mulheres empregadas tendem a amamentar mais do que as que se encontram desempregadas, apesar deste resultado não ser estatisticamente significativo (Fisher's exact test  $p=0.102$ ).

Quando analisada a variável local de residência, constatamos que as mães que vivem na cidade são as que tem maiores valores de ordenação média em todas as dimensões, incluindo a motivação total 102, apesar de não ser estatisticamente significativo ( $p=0.621$ ).

Quando há hipótese de estabelecer relação entre as variáveis obstétricas e a motivação para a amamentação, comprovamos que quanto ao tipo de parto a maioria, como recomenda a OMS foram partos eutócicos (53%), seguido pelas cesarianas (34%). Quem teve um parto vaginal tende a amamentar menos mas este valor não é estatisticamente significativo ( $X^2 p=0.171$ ). Analisando a motivação verificámos que as multíparas, mães com experiência anterior, apresentavam maior dimensão fisiológica 27 ( $p=0.367$ ), dimensão psicossocial 22.5 ( $p=0.848$ ) e motivação total 99 ( $p=0.344$ ). Mas não motivação cognitiva, que é superior nas primíparas 51 ( $p=0.980$ ), associada, também, a maior amamentação, apesar de valor não é estatisticamente significativo ( $X^2 p=0.283$ ).

Quanto às mães que tiveram algum tipo de orientação pré-natal, seja porque frequentaram aulas preparação pré-parto (33%) ou a gestação foi vigiada medicamente com seis ou mais consultas (79%), tendem a manter mais a amamentação, mas isto não é estatisticamente significativo ( $X^2 p=0.225$ ) e (0.496), respetivamente. Além disso,

verificou-se que as mães em que a gravidez foi vigiada apresentavam maiores índices de motivação em todas as dimensões e motivação total 100 ( $p=0.274$ ), tal como as mães que frequentaram aulas de preparação pré-parto.

Avaliando a relação entre tempo de gestação e motivação para amamentação (*Tabela 2*) verificámos que as mães de bebés prematuros apresentavam uma maior motivação em todas as dimensões, de destacar a dimensão cognitiva com um valor de ordenação média de 52.5 estatisticamente significativa ( $p=0.027$ ).

Relativamente à relação entre experiência de atual e motivação para amamentação (*Tabela 3*), os estudos demonstram haver uma maior motivação nas mães que amamentaram na gravidez atual, de salientar as diferenças encontradas na dimensão cognitiva 51 ( $p=0.008$ ) e motivação total 100 ( $p=0.005$ ). Destas, as mães que no momento do questionário ainda se encontravam a amamentar demonstram maior dimensão cognitiva 51 ( $p=0.0004$ ), fisiológica 28.5 ( $p=0.024$ ) e motivação total 102 ( $p=0.016$ ), e não foram encontradas diferenças na dimensão psicossocial.

E parece não haver qualquer relação entre manutenção de aleitamento atual e tradição familiar ( $X^2$   $p=0.646$ ). Na realidade, os resultados encontrados, apesar de não serem estatisticamente significativos, demonstram uma maior motivação total e nas restantes dimensões nas mães que não foram amamentadas.

## DISCUSSÃO

A novidade do trabalho que apresentamos prende-se com o estudo de uma população proveniente de um meio mais rural do que os habitualmente estudados na avaliação do aleitamento materno. A amostra que utilizamos é semelhante às mulheres portuguesas que foram mães em 2013 no que toca a idade (30 vs 31.2 anos) e escolaridade materna e sexo do recém-nascido (52 vs 54% do sexo masculino) [INE2013]. A percentagem de cesarianas na nossa amostra (34%) é bastante superior aos 10% pretendidos pela OMS mas ainda inferior ao recomendado pelo plano português de redução de cesarianas e face à média nacional. A escolha de crianças até aos 24 meses permite uma curta distância temporal entre o nascimento e a atualidade, diminuindo o enviesamento por viés de memória na avaliação do aleitamento. A taxa de desemprego materno da nossa amostra (20%) é superior à média nacional (14.3%), mas mais próxima da referente à região em estudo, Tâmega (17.3%).

No que respeita ao aleitamento na gravidez atual, 95% das crianças incluídas no nosso estudo foi inicialmente amamentada. Comparativamente aos objetivos realistas da OMS, a percentagem de aleitamento por escalão etário esteve sempre acima dos mesmos, com 95% à data de alta (vs os 75% indicados pela OMS), 65% aos 3 meses e os 57 aos 6 meses (vs a meta dos 50% da OMS). Estes valores são também comparáveis e até ligeiramente superiores a outros estudos já realizados em Portugal(21, 26, 28). Já no que respeita às causas para não amamentar ou para o abandono precoce do aleitamento, estas foram concordantes com o que já está publicado, sendo a hipogaláctia a principal causa, seguida do não aumento ponderal do bebé. Tal como já referido nesses estudos, há uma clara falta de informação e insegurança materna que por vezes leva à precipitação no abandono do aleitamento materno numa fase muito precoce. Na verdade, à data da avaliação, apenas 41% dos bebés se encontravam ainda a ser

amamentados, longe dos 100% idealizados pela OMS, ainda que nem todos em aleitamento materno exclusivo.

Comparativamente a outros estudos, o médico assistente foi a principal fonte motivadora para o aleitamento mas denota um papel ainda parco dos profissionais de saúde nesta temática na região avaliada(21, 28). Guidelines internacionais propõem já consultas com Pediatra pré-natal de forma a programar um melhor acompanhamento e melhorar a motivação materna para questões como o próprio aleitamento. Na verdade, posteriormente é o Pediatra que mais condiciona as decisões dietéticas do bebé.

A nossa amostra apresentou também uma baixa afluência às aulas de preparação pré-parto (33%) o que pode ser fruto da pouca disponibilidade de recursos humanos na área da saúde materna e obstetrícia. Na verdade, as aulas de preparação, juntamente com a idade materna e uma escolaridade superior mostraram-se associadas a uma maior taxa de amamentação; outros fatores associados foram o ter sido vigiada durante a gravidez, o parto não vaginal e a situação profissional. A pouca disponibilidade de recursos pode também ser a explicação para o baixo conhecimento materno dos benefícios a longo prazo da amamentação. Os resultados aqui obtidos são maioritariamente concordantes com a literatura; existem contudo duas contradições: o facto de haver uma maior taxa de aleitamento no grupo de mulheres empregadas e uma menor taxa de aleitamento no grupo de mulheres que têm parto vaginal – estes resultados podem ser apenas fruto de diferenças ocasionais entre os grupos, mas dado o reduzido tamanho amostral, torna-se irreprodutível a mesma análise com ajuste para todas as possíveis variáveis de confundimento e que já mostraram associação previamente.

Relativamente à empregabilidade, estudos mais recentes levantaram também a possibilidade de um maior aleitamento por parte de mães com uma situação profissional

estável poder promover o aleitamento materno, se forem reunidas as condições laborais que permitam a realização das duas atividades em simultâneo. Na verdade, a análise da nossa amostra permite-nos perceber que uma grande percentagem das mães respeitou os períodos de licença de maternidade, promovendo uma maior interação e consequente aleitamento do filho (22)

As maiorias das inquiridas encontravam-se casadas (57%) ou em união de facto (16%) e apresentavam uma maior motivação em todas dimensões e, consequentemente, na motivação global, apesar do achado não ser estatisticamente significativo. Se considerarmos que estas mulheres têm relações afetivas mais estáveis, que lhe proporciona um ambiente familiar mais estável e por isso mais benéfico para amamentação. Se assim for, confirma achados de outros estudos, facto de a mãe ter uma união estável e apoio de outras pessoas, nomeadamente marido ou companheiro, parece ter impacto favorável para aleitamento materno(22, 25). Isto, leva para uma das limitações deste estudo, teria sido importante questionar as mães sobre quem consistia o agregado familiar, se tratava de famílias nucleares ou não.

O achado mais relevante deste estudo, é provavelmente o facto de a motivação para a amamentação contribuir realmente para maior prática de aleitamento materno e não representar uma questão meramente filosófica. As mães que amamentaram durante a presente gravidez são de facto as que tem maior motivação total e cognitiva. Com diferenças estatisticamente significativas. E destas, as que ainda se encontravam a amamentar, possuíam maior motivação cognitiva, fisiológica e total.

O estudo demonstra assim, a importância de fazer uma correta informação às mães durante o período pré-parto. Indicado pelos valores de motivação encontradas em relação a diferentes variáveis, bem como pelo tipo de causa apontada para abandono

precoce de amamentação. Mães esclarecidas, sem inseguranças e detentoras de vasto leque das mais variadas informações, sentiram-se mais seguras e capazes de amamentar seus filhos de forma agradável para ambos, mãe e lactente.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Vale de Tâmega e Sousa, E.P.E. e todos seus colaboradores, por acolherem este projeto e colaborarem na recolha de dados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Richard J Schanler DCP. Initiation of breastfeeding 2015.
2. Stevens EE PT, Pickler R. A. A History of Infant Feeding. . The Journal of Perinatal Education. 2009; 18(2):32-39. .
3. Richard J Schanler M. Nutritional composition of human milk for full-term infants. 2012.
4. Pisacane A GL, Mazzearella G, Scarpellino B, Zona G. Breast-feeding and urinary tract infection. J Pediatr. 1992; 120(1):87.
5. Kramer MS KR. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev 2012;8:CD003517.
6. Koletzko S SP, Corey M, Griffiths A, Smith C. Role of infant feeding practices in development of Crohn's disease in childhood. BMJ 1989;298(6688):1617.
7. Howie PW FJ, Ogston SA, Clark A, Florey CD. Protective effect of breast feeding against infection. BMJ 1990;300(6716):11.
8. Claud EC WW. Hypothesis: inappropriate colonization of the premature intestine can cause neonatal necrotizing enterocolitis. FASEB J 2001;15(8):1398.
9. Owen CG MR, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. Am J Clin Nutr. 2006; 84(5):1043.
10. Owen CG WP, Kaye SJ, Martin RM, Davey Smith G, Cook DG, Bergstrom E, Black S, Wadsworth ME, Fall CH, Freudenheim JL, Nie J, Huxley RR, Kolacek S, Leeson CP, Pearce MS, Raitakari OT, Lisinen I, Viikari JS, Ravelli AC, Rudnicka AR, Strachan DP, . Does initial breastfeeding lead to lower blood cholesterol in adult life? A quantitative review of the evidence. Am J Clin Nutr. 2008; 88(2):305.
11. Mortensen EL MK, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. JAMA 2002;287(18):2365.



12. Wang IY FI. Reproductive function and contraception in the postpartum period. *Obstet Gynecol Surv.* 1994;49(1):56.
13. Schwarz EB MC, Tepper PG, Thurston R, Janssen I, Matthews KA, Sutton-Tyrrell K. Lactation and maternal measures of subclinical cardiovascular disease. *Obstet Gynecol.* 2010;115(1):41.
14. Chua S AS, Lim I, Selamat N, Ratnam SS. Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101(9):804.
15. Chantry CJ AP, Byrd RS. Lactation among adolescent mothers and subsequent bone mineral density. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158(7):650.
16. Ball TM BD. The economic impact of breastfeeding. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48(1):253.
17. Cattaneo A RL, Burmaz T, Quintero-Romero S, Macaluso A, Di Mario S. Infant feeding and cost of health care: a cohort study. *Acta Paediatr.* 2006;95(5):540.
18. Richard J Schanler M, Debra C Potak R, BSN, IBCLC. Breastfeeding: Parental education and support. In: UpToDate; 2010 Disponível em <http://www.uptodate.com>. 2010.
19. Ferreira M, Nelas, P., Duarte, J. Motivação para o Aleitamento Materno: Variáveis Intervenientes. *Millenium.* 2011;40: 23-38.
20. UNICEF/WHO. Innocenti Declaration on Protection, promotion and support of breastfeeding. UNICEF and WHO. 1990.
21. Sarafana S AF, Tavares A, Soares I, Gomes A. . Aleitamento Materno: evolução na última década. . *Acta Pediatr Port* 2006 Jan-Fev; ;37 (1):9-14.
22. al. FTVFe. Factors influencing breastfeeding decision and duration. *Rev Nutr.,* 2006;19(5):623-630.
23. Caldeira T MP, Pinto E. . Aleitamento materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono. . *Rev Port Clín Geral.* 2007 Nov-Dec; ;23 (6): 685-99.
24. Alves A, Lamy S, Henriques G, Virella D, Carreiro H, Lynce N, et al. Aleitamento materno nos concelhos de Cascais, Amadora e Sintra: porquê o abandono precoce? *Saúde Infant.* 1999.

25. Barge S CM. Prevalência e fatores condicionantes do aleitamento materno – Estudo ALMAT. . Rev Port Clin Geral 2011;27:518-25.7.
26. Lopes B MP. Prevalência do aleitamento materno no distrito de Viana do Castelo nos primeiros 6 meses de vida. . Rev Port Clín Geral. 2004 Set-Out;;20 (5): 539-44.
27. Rocha L GA. Prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida. . Saude-Infant; . 1998;20 (3): 59-66.
28. Sandes AR NC, Figueira J, Gouveia R, Valente S, Martins S et al. Aleitamento materno: prevalência e fatores condicionantes. . Acta Med Port. 2007 Mai-Jun; ; 20 (3): 193-200.
29. Organization WH. Global Estrategy for Infant and Young Child Feeding. . Geneve:World Health Organization/UNICEF. 2003.
30. Nelas PAF, Manuela, Duarte, João Carvalho Motivação para a amamentação: construção de um instrumento de medida. . In Revista Referência, , . (2008);IIª série, n.º 6(Jun. 2008): 39-56.

**TABELA 1** – Estatística descritiva da amostra

		Total (n=63)
Bebé	Rapaz <sup>a</sup>	54
	Semanas ao nascimento <sup>b</sup>	39 (33; 41)
	Peso ao nascimento <sup>c</sup>	3,2 (0,65)
	Meses à data de avaliação <sup>b</sup>	9 (2; 23)
Mãe	Idade <sup>c</sup>	30 (5,7)
	Escolaridade	
	< 9º Ano <sup>a</sup>	16
	9ª Ano <sup>a</sup>	30
	12º Ano <sup>a</sup>	38
	Superior <sup>a</sup>	16
	Estado Civil	
	Solteira <sup>a</sup>	17
	Casada <sup>a</sup>	57
	União de facto <sup>a</sup>	16
	Divorciada <sup>a</sup>	9
	Viúva <sup>a</sup>	2
	Situação Profissional: Empregada <sup>a</sup>	80
	Residência	
	Aldeia <sup>a</sup>	45
	Vila <sup>a</sup>	30
	Cidade <sup>a</sup>	25
Pai	Idade <sup>c</sup>	33 (6,6)
	Escolaridade	
	< 9º Ano <sup>a</sup>	28
	9º Ano <sup>a</sup>	36

	12º Ano <sup>a</sup>	22
	Superior <sup>a</sup>	14
<hr/>		
	Nº partos anteriores	
	0 <sup>a</sup>	47
História obstétrica	1 <sup>a</sup>	36
	2 <sup>a</sup>	16
	3 ou mais <sup>a</sup>	2
	Amamentou gravidez prévia <sup>a</sup>	88
	Tempo que amamentou <sup>b</sup>	8 (1; 31)
<hr/>		
	Gravidez planeada <sup>a</sup>	80
	Gravidez desejada <sup>a</sup>	97
	Gravidez vigiada <sup>a</sup>	79
	Local vigilância	
	Médico de família <sup>a</sup>	34
Gravidez atual	Hospital <sup>a</sup>	34
	Consultório particular <sup>a</sup>	32
	Aulas preparação <sup>a</sup>	33
	Parto eutócico <sup>a</sup>	53
	Tempo em casa <sup>b</sup>	5 (1; 12)
	Gravidez sem intercorrências <sup>a</sup>	77

*a - Proporção; b - Mediana (P5; P95); c - Média (DP)*

**TABELA 2** – Analise comparativa da motivação para aleitamento materno com semanas ao nascimento

	Dimensão cognitiva	Dimensão fisiológica	Dimensão psicossocial	Total
Prematuro	52.5 (41; 55)	27 (16; 30)	24 (18; 25)	103 (81; 110)
Termo	50 (34; 55)	26 (20; 30)	22 (16; 25)	95 (77; 109)
Mann Whitney U test	<b>0.027</b>	0.784	0.178	0.201

**TABELA 3** – Analise comparativa da motivação e da realidade do aleitamento materno na gravidez atual

		Dimensão cognitiva	Dimensão fisiológica	Dimensão psicossocial	Total
Amamentou nesta gravidez?	Sim	51 (37; 55)	26.5 (18; 30)	22 (18; 25)	100 (83; 110)
	Não	43 (32; 53)	23 (19; 30)	21 (13; 25)	85.5 (74; 104)
Mann-Whitney U test		<b>0.008</b>	<i>0.177</i>	<i>0.227</i>	<b>0.005</b>
Ainda amamenta?	Sim	51 (47; 55)	28.5 (18; 30)	22 (18; 25)	102 (85; 110)
	Não	49 (34; 54)	25 (19; 30)	22 (16; 25)	93 (77; 108)
Mann Whitney U test		<b>0.004</b>	<b>0.024</b>	<i>0.824</i>	<b>0.016</b>

**FIGURA 1** – Prevalência de aleitamento materno por idade do bebê



## **AGRADECIMENTOS**

O meu obrigada a todos aqueles que de algum modo contribuíram para que o presente trabalho pudesse ser concretizado:

À minha orientadora, Doutora Leonilde Augusta Ferreira Machado por toda a colaboração incansável, motivação e disponibilidade sempre demonstrada;

Ao meu coorientador, Professor Doutor António José Mónica da Silva pelo suporte e orientação que deu ao longo de todo o trabalho;

Ao Professor Doutor António Braga da Cunha por me ter acolhido no Departamento, pela visão crítica e pelos importantes comentários que foi tecendo desde a conceção do estudo, até à conclusão do mesmo.

Ao Doutor Luís Manuel Pinto pela orientação na análise e discussão dos resultados obtidos e pelo apoio durante toda a conceção do estudo.

À Senhora Educadora de Infância, Jesuína da Conceição Gomes Mendes pela disponibilidade e colaboração para realização dos questionários deste estudo;

Às mães que se disponibilizaram a preencher os questionários. Este trabalho é realizado com o desígnio de a todas proporcionar melhores cuidados no futuro.

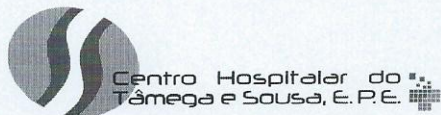
*A todos o meu muito obrigado.*



# ANEXOS

---

- I. Parecer Comissão de Ética
- II. Normas de Publicação – Jornal de Pediatria



Ex. ma Senhora  
Ana Margarida Gonçalves Coelho

anamgcoelho@gmail.com

Correio Normal

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

N.º

Proc.

Data

13-01-2015

**ASSUNTO:** Investigação

**Ex. ma Senhora,**

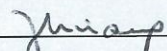
Acusamos a recepção do seu pedido para investigação, "Prevalência e factores determinantes para o aleitamento materno no vale do Tâmega e Sousa".

Agradecemos a preferência pela nossa Instituição.

A Comissão não tem objecção ética à realização da referida investigação, a entrega dos questionários e a obtenção de consentimento será realizada pela Educadora de Infância da consulta externa que colabora com a investigadora.

Com os melhores cumprimentos,

O Vogal Executivo do  
Conselho de Administração,

  
Enf. Luciano Monteiro

( Enfermeiro – Diretor)

FP

# Jornal de Pediatria | Instruções aos autores

O Jornal de Pediatria é a publicação científica da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), com circulação regular desde 1934. Todo o conteúdo do Jornal de Pediatria está disponível em português e inglês no site <http://www.jpmed.com.br>, que é de livre acesso. O Jornal de Pediatria é indexado pelo Index Medicus/MEDLINE (<http://www.pubmed.gov>), SciELO (<http://www.scielo.org>), LILACS (<http://www.bireme.br/abd/P/lilacs.htm>), EMBASE/Excerpta Medica (<http://www.embase.com>), Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) Data Bases (<http://www.siic.salud.com>), Medical Research Index (<http://www.purple-health.com/medical-research-index.htm>) e University Microfilms International.

O Jornal de Pediatria publica resultados de investigação clínica em pediatria e, excepcionalmente, de investigação científica básica. Aceita-se a submissão de artigos em português e inglês. Na versão impressa da revista, os artigos são publicados em inglês. No site, todos os artigos são publicados em português e inglês, tanto em HTML quanto em PDF. A grafia adotada é a do inglês americano. Por isso, recomenda-se que os autores utilizem a língua com a qual se sintam mais confortáveis e confiantes de que se comunicam com mais clareza. Se um determinado artigo foi escrito originalmente em português, não deve ser submetido em inglês, a não ser que se trate de uma tradução com qualidade profissional.

Observação importante: A língua oficial de publicação do Jornal de Pediatria é o inglês e todo o site de submissão é apresentado exclusivamente em inglês.

## Processo de revisão (Peer review)

Todo o conteúdo publicado pelo Jornal de Pediatria passa por processo de revisão por especialistas (peer review). Cada artigo submetido para apreciação é encaminhado aos editores, que fazem uma revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigência do Jornal de Pediatria e ao atendimento de todas as normas requeridas para envio dos originais. A seguir, remetem o artigo a dois revisores especialistas na área pertinente, selecionados de um cadastro de revisores. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e são cegos quanto à identidade dos autores e ao local de origem do trabalho. Após receber ambos os pareceres, o Conselho Editorial os avalia e decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Conforme a necessidade, um determinado artigo pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos e, a qualquer momento, pode ter sua recusa determinada. Cada versão é sempre analisada pelo Conselho Editorial, que detém o poder da decisão final.

## Tipos de artigos publicados

O Jornal de Pediatria aceita a submissão espontânea de artigos originais, artigos especiais e cartas ao editor.

**Artigos originais** incluem estudos controlados e randomizados, estudos de testes diagnósticos e de triagem e outros estudos descritivos e de intervenção, bem como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter no máximo 3.000 palavras, excluindo tabelas e referências; o número de referências não deve exceder 30. O número total de tabelas e figuras não pode ser maior do que quatro.

Artigos que relatam ensaios clínicos com intervenção terapêutica (clinical trials) devem ser registrados em um dos Registros de En-

saio Clínicos listados pela Organização Mundial da Saúde e pelo International Committee of Medical Journal Editors. Na ausência de um registro latino-americano, o Jornal de Pediatria sugere que os autores utilizem o registro [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov), dos National Institutes of Health (NIH). O número de identificação deve ser apresentado ao final do resumo.

**Artigos especiais** são textos não classificáveis nas demais categorias, que o Conselho Editorial julgue de especial relevância. Sua revisão admite critérios próprios, não havendo limite de tamanho ou exigências prévias quanto à bibliografia.

**Cartas ao editor** devem comentar, discutir ou criticar artigos publicados no Jornal de Pediatria. O tamanho máximo é de 1.000 palavras, incluindo no máximo seis referências bibliográficas. Sempre que possível, uma resposta dos autores será publicada junto com a carta.

São publicados, mediante convite, editoriais, comentários e artigos de revisão. Autores não convidados podem também submeter ao Conselho Editorial uma proposta para publicação de artigos dessas classificações.

**Editoriais e comentários**, que geralmente se referem a artigos selecionados, são encomendados a autoridades em áreas específicas. O Conselho Editorial também analisa propostas de comentários submetidas espontaneamente.

**Artigos de revisão** são avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância clínica, com ênfase em fatores como causas e prevenção de doenças, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico - em geral são escritos, mediante convite, por profissionais de reconhecida experiência. Meta-análises são incluídas nesta categoria. Autores não convidados podem também submeter ao Conselho Editorial uma proposta de artigo de revisão, com um roteiro. Se aprovado, o autor pode desenvolver o roteiro e submetê-lo para publicação. Artigos de revisão devem limitar-se a 6.000 palavras, excluindo referências e tabelas. As referências bibliográficas devem ser atuais e em número mínimo de 30.

## Orientações gerais

O arquivo original - incluindo tabelas, ilustrações e referências bibliográficas - deve estar em conformidade com os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://www.icmje.org>).

Cada seção deve ser iniciada em nova página, na seguinte ordem: página de rosto, resumo em português, resumo em inglês, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas (cada tabela completa, com título e notas de rodapé, em página separada), figuras (cada figura completa, com título e notas de rodapé, em página separada) e legendas das figuras.

A seguir, as principais orientações sobre cada seção:

### Página de rosto

A página de rosto deve conter todas as seguintes informações:

a) título do artigo, conciso e informativo, evitando termos supérfluos e abreviaturas; evitar também a indicação do local e da cidade onde o estudo foi realizado;



- b) título abreviado (para constar no topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços;
- c) nome de cada um dos autores (primeiro nome e o último sobrenome; todos os demais nomes aparecem como iniciais);
- d) apenas a titulação mais importante de cada autor;
- e) endereço eletrônico de cada autor;
- f) informar se cada um dos autores possui currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq;
- g) a contribuição específica de cada autor para o estudo;
- h) declaração de conflito de interesse (escrever “nada a declarar” ou a revelação clara de quaisquer interesses econômicos ou de outra natureza que poderiam causar constrangimento se conhecidos depois da publicação do artigo);
- i) definição de instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado para fins de registro no banco de dados do Index Medicus/MEDLINE;
- j) nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência;
- k) nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pelos contatos pré-publicação;
- l) fonte financiadora ou fornecedora de equipamento e materiais, quando for o caso;
- m) contagem total das palavras do texto, excluindo resumo, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas e legendas das figuras;
- n) contagem total das palavras do resumo;
- o) número de tabelas e figuras.

## Resumo

O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres, evitando o uso de abreviaturas. Não se devem colocar no resumo palavras que identifiquem a instituição ou cidade onde foi feito o artigo, para facilitar a revisão cega. Todas as informações que aparecem no resumo devem aparecer também no artigo. O resumo deve ser estruturado conforme descrito a seguir:

### Resumo de artigo original

**Objetivo:** informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. Definir precisamente qual foi o objetivo principal e informar somente os objetivos secundários mais relevantes.

**Métodos:** informar sobre o delineamento do estudo (definir, se pertinente, se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (definir, se pertinente, o nível de atendimento, se primário, secundário ou terciário, clínica privada, institucional, etc.), os pacientes ou participantes (definir critérios de seleção, número de casos no início e fim do estudo, etc.), as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração do desfecho.

**Resultados:** informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística dos achados.

**Conclusões:** apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

### Resumo de artigo de revisão

**Objetivo:** informar por que a revisão da literatura foi feita, indicando se enfatiza algum fator em especial, como causa, prevenção, diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

**Fontes dos dados:** descrever as fontes da pesquisa, definindo as bases de dados e os anos pesquisados. Informar sucintamente os critérios de seleção de artigos e os métodos de extração e avaliação da qualidade das informações.

**Síntese dos dados:** informar os principais resultados da pesquisa, sejam quantitativos ou qualitativos.

**Conclusões:** apresentar as conclusões e suas aplicações clínicas, limitando generalizações ao escopo do assunto em revisão.

Após o resumo, inclua de três a seis palavras-chave que serão usadas para indexação. Utilize termos do Medical Subject Headings (MeSH), disponíveis em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>. Quando não estiverem disponíveis descritores adequados, é possível utilizar termos novos.

## Abreviaturas

Devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título e nos resumos.

## Texto

O texto dos artigos originais deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

**a) Introdução:** sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

**b) Métodos:** descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

**c) Resultados:** devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados.

**d) Discussão:** deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já descritos na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As conclusões devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Incluir recomendações, quando pertinentes.

O texto de **artigos de revisão** não obedece a um esquema rígido de seções. Sugere-se uma introdução breve, em que os autores explicam qual a importância da revisão para a prática pediátrica, à luz da literatura médica. Não é necessário descrever os méto-

dos de seleção e extração dos dados, passando logo para a sua síntese, que, entretanto, deve apresentar todas as informações pertinentes em detalhe. A seção de conclusões deve correlacionar as ideias principais da revisão com as possíveis aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

### Agradecimentos

Devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. Integrantes da lista de agradecimento devem dar sua autorização por escrito para a divulgação de seus nomes, uma vez que os leitores podem supor seu endosso às conclusões do estudo.

### Referências bibliográficas

As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, também conhecido como o estilo Uniform Requirements, que é baseado em um dos estilos do American National Standards Institute, adaptado pela U.S. National Library of Medicine (NLM) para suas bases de dados. Os autores devem consultar Citing Medicine, The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>) para informações sobre os formatos recomendados para uma variedade de tipos de referências. Podem também consultar o site “sample references” ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)), que contém uma lista de exemplos extraídos ou baseados em Citing Medicine, para uso geral facilitado; essas amostras de referências são mantidas pela NLM.

As referências bibliográficas devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos. Para listar as referências, não utilize o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word.

Artigos aceitos para publicação, mas ainda não publicados, podem ser citados desde que indicando a revista e que estão “no prelo”. Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; se for imprescindível a inclusão de informações dessa natureza no artigo, elas devem ser seguidas pela observação “observação não publicada” ou “comunicação pessoal” entre parênteses no corpo do artigo.

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; uma lista com suas respectivas abreviaturas pode ser obtida através da publicação da NLM “List of Serials Indexed for Online Users”, disponível no endereço <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lisou.html>. Para informações mais detalhadas, consulte os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”. Este documento está disponível em <http://www.icmje.org/>.

Abaixo, apresentamos alguns exemplos do modelo adotado pelo Jornal de Pediatria:

### Artigos em periódicos:

#### 1. Até seis autores:

Araújo LA, Silva LR, Mendes FA. Digestive tract neural control and gastrointestinal disorders in cerebral palsy. *J Pediatr* (Rio J). 2012;88:455-64.

#### 2. Mais de seis autores:

Ribeiro MA, Silva MT, Ribeiro JD, Moreira MM, Almeida CC, Almeida-Junior AA, et al. Volumetric capnography as a tool to detect early peripheral lung obstruction in cystic fibrosis patients. *J Pediatr* (Rio J). 2012;88:509-17.

#### 3. Organização como autor:

Mercier CE, Dunn MS, Ferrelli KR, Howard DB, Soll RF; Vermont Oxford Network ELBW Infant Follow-Up Study Group. Neurodevelopmental outcome of extremely low birth weight infants from the Vermont Oxford network: 1998-2003. *Neonatology*. 2010;97:329-38.

#### 4. Sem autor:

Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*. 1995;95:314-7.

#### 5. Artigos com publicação eletrônica ainda sem publicação impressa:

Carvalho CG, Ribeiro MR, Bonilha MM, Fernandes Jr M, Procianny RS, Silveira RC. Use of off-label and unlicensed drugs in the neonatal intensive care unit and its association with severity scores. *J Pediatr* (Rio J). 2012 Oct 30. [Epub ahead of print]

### Livros:

Blumer JL, Reed MD. Principles of neonatal pharmacology. In: Yaffe SJ, Aranda JV, eds. *Neonatal and Pediatric Pharmacology*. 3rd ed. Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins; 2005. p. 146-58.

### Trabalhos acadêmicos:

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant, MI: Central Michigan University; 2002.

### CD-ROM:

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

### Homepage/website:

R Development Core Team [Internet]. R: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2003 [cited 2011 Oct 21]. Available from: <http://www.R-project.org>

### Documentos do Ministério da Saúde:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. v. 1. 192p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

### Apresentação de trabalho:

Bugni VM, Okamoto KY, Ozaki LS, Teles FM, Molina J, Bueno VC, et al. Development of a questionnaire for early detection of factors associated to the adherence to treatment of children and adolescents with chronic rheumatic diseases - “the Pediatric Rheumatology Adherence Questionnaire (PRAQ)”. Paper presented at the ACR/ARHP Annual Meeting; November 5-9, 2011; Chicago, IL.

### Tabelas

Cada tabela deve ser apresentada em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto, e conter um título sucinto, porém explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no título, identificadas com letras sobrescritas em ordem alfabética. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas e não usar espaços para separar colunas. Não usar espaço em qualquer lado do símbolo  $\pm$ .

### **Figuras (fotografias, desenhos, gráficos, etc.)**

Todas as figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive acerca das abreviaturas utilizadas. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, assim como devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

As ilustrações são aceitas em cores para publicação no site. Contudo, todas as figuras serão vertidas para o preto e branco na versão impressa. Caso os autores julguem essencial que uma determinada imagem seja colorida mesmo na versão impressa, solicita-se um contato especial com os editores. Imagens geradas em computador, como gráficos, devem ser anexadas sob a forma de arquivos nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, para possibilitar uma impressão nítida; na versão eletrônica, a resolução será ajustada para 72 dpi. Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões, em qualquer circunstância. Desenhos, fotografias ou quaisquer ilustrações que tenham sido digitalizadas por escaneamento podem não apresentar grau de resolução adequado para a versão impressa da revista; assim, é preferível que sejam enviadas em versão impressa original (qualidade profissional, a nanquim ou impressora com resolução gráfica superior a 300 dpi). Nesses casos, no verso de cada figura deve ser colada uma etiqueta com o seu número, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

### **Legendas das figuras**

Devem ser apresentadas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números.

### **Lista de verificação**

Como parte do processo de submissão, os autores são solicitados a indicar sua concordância com todos os itens abaixo; a submissão pode ser devolvida aos autores que não aderirem a estas diretrizes.

1. Todos os autores concordam plenamente com a Nota de Copyright.
2. O arquivo de submissão foi salvo como um documento do Microsoft Word.
3. A página de rosto contém todas as informações requeridas, conforme especificado nas diretrizes aos autores.
4. O resumo e as palavras-chave estão na língua de submissão (inglês ou português), seguindo a página de rosto.
5. O texto é todo apresentado em espaço duplo, utiliza fonte tamanho 12 e itálico em vez de sublinhado para indicar ênfase (exceto em endereços da internet). Todas as tabelas, figuras e legendas estão numeradas na ordem em que aparecem no texto e foram colocadas cada uma em página separada, seguindo as referências, no fim do arquivo.
6. O texto segue as exigências de estilo e bibliografia descritas nas normas de publicação.
7. As referências estão apresentadas no chamado estilo de Vancouver e numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto.
8. Informações acerca da aprovação do estudo por um conselho de ética em pesquisa são claramente apresentadas no texto, na seção de métodos.
9. Todos os endereços da internet apresentados no texto (p.ex., <http://www.sbp.com.br>) estão ativos e prontos para serem clicados.

# APÊNDICES

---

- I. Consentimento informado
- II. Questionário

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Estimada Senhora,

O meu nome é Ana Margarida Gonçalves Coelho e sou aluna do 6º ano no Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

No âmbito da unidade curricular Projeto de Opção, estou a realizar um trabalho de investigação cujo tema é “Prevalência e Fatores Determinantes para Aleitamento Materno no Vale Tâmega e Sousa”. Este trabalho teve a aprovação e o apoio quer desta unidade hospitalar (CHVTS), quer da instituição de ensino (FMUP), porque continua a ser uma área na qual ainda se pode obter grandes ganhos futuros para a saúde das nossas crianças.

O objetivo principal deste trabalho é determinar a prevalência e importância de alguns fatores para a motivação para a amamentação, nas áreas abrangidas pelo CHVTS. A sua concretização só será possível graças a sua colaboração, preenchendo este questionário, que tem uma duração aproximada de 10 minutos. Neste sentido, peço-lhe que leia atentamente as perguntas que se seguem e responda de uma forma espontânea e sincera, sempre de acordo como que faz, sente ou pensa. Não existem respostas corretas ou incorretas, o que nos interessa é sua opinião.

Destacando que caso o entenda, não é obrigada a responder a todas as questões, sem que por isso, haja qualquer prejuízo no atendimento do seu filho.

Salientando o carácter **anónimo** e **voluntário** da sua participação, e sublinhando que os dados contidos neste questionário são **confidenciais** e não serão usados para outro fim que não seja o estudo em causa, solicitamos que forneça o seu consentimento.

Agradeço desde já sua colaboração e disponibilidade.

Muito Obrigada

A Investigadora

\_\_\_\_\_

### Consentimento informado

Eu, \_\_\_\_\_, declaro em como recebi a informação necessária e fiquei esclarecida sobre este estudo e aceito participar voluntariamente.

Ass: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_



## QUESTIONÁRIO

### PREVALÊNCIA E FATORES DETERMINANTES PARA ALEITAMENTO MATERNO

NO VALE TÂMEGA E SOUSA

#### I PARTE – caracterização sociodemográfica

1. Idade materna quando nasceu este(a) filho(a) \_\_\_\_anos
2. Idade paterna quando nasceu este(a) filho(a) \_\_\_\_anos
3. Estado Civil: ( )solteira ( )casada ( )união de facto ( )divorciada ( )viúva
4. Grau de escolaridade completo:

( )Analfabeta

( )Analfabeta

( )4.º ano

( )4.º ano

Materno ( ) 6º ano

Paterno ( ) 6º ano

( )9º ano

( )9º ano

( )12º ano

( )12º ano

( )Ensino Superior

( )Ensino Superior

4. Profissão: \_\_\_\_\_
5. Situação Profissional: ( )Empregada ( )Desempregada
6. Residência: ( )aldeia ( )vila ( )cidade

#### II PARTE – História obstétrica

7. Número de partos anteriores \_\_\_\_\_
8. Gravidez planeada: ( )sim ( )não
9. Gravidez desejada: ( )sim ( )não
10. Onde foi vigiada a gravidez?

( )Medico de Família

( )Ginecologista/obstetra, no hospital

( )Ginecologista/obstetra, no consultório particular

10. Número de consultas durante a gravidez? ( )Nenhuma ( )<6 ( )>6
11. A gravidez decorreu: ( )Sem problemas ( )Com problemas
12. Frequentou aulas de preparação para parto? ( )Sim, \_\_vezes ( )Não
13. Idade da criança\_\_ meses
14. Sexo: ( )masculino ( )feminino
15. Peso ao nascimento: \_\_\_\_\_g (ver “livrinho do bebe”)
16. Nasceu com quantas semanas? \_\_\_\_semanas
17. Tipo de parto: ( )eutócico ( )cesariana ( )ventosa ( )fórceps
18. Quantos meses ficou em casa com seu bebe? \_\_\_\_meses

### III Parte – História do aleitamento materno

#### ***Aleitamento materno anterior( responda APENAS se já teve uma experiencia anterior de amamentar)***

19. Número de filhos anteriores \_\_\_\_

20. Foram amamentados? ( )Sim ( )Não Durante quanto tempo \_\_\_\_ meses

#### ***Aleitamento materno actual***

20. Amamentou seu (sua) filho(a)?

( ) Não, porque \_\_\_\_\_

( )Exclusivamente ate aos \_\_\_\_ meses

21. Quando teve alta hospitalar estava a amamentar? ( )Sim( )Não

22. Porque decidiu amamentar seu filho(a)?(uma ou mais respostas)

( )Tinha leite

( )fornece melhor alimento para bebe

( )protege bebe contra infecções

( )protege bebe de alergias

( )aconselharam me

( )protege saúde da mãe

( )mais económico

( )mais práctico

23. Quem a aconselhou a amamentar?

( )Médico de Família

( )Ginecologista/Obstetra

( )Curso de preparação para parto

( )Pediatria

( )Enfermeiro (a)

( )Familiar. Quem? \_\_\_\_\_

24. Ainda amamenta o seu (sua) filho (a)?

( )Sim ( ) em todas as refeições ( ) em algumas refeições

( ) Não, deixei por completo de amamentar aos \_\_\_\_ meses.

25. Porque deixou de amamentar?

( )o leite era fraco

( )Não tinha leite suficiente

( )o bebe não aumentava de peso

( )estava a tomar medicação

( )o bebe chorava com fome

( )não gostava de amamentar

( )o bebe não pegava no peito ( )por ser prematuro

( )doença do bebe

( )doença da mãe

( )tinha de trabalhar

( )Outras. \_\_\_\_\_

26. Deu leite artificial ao seu (sua) filho(a)?

☐ Não      ☐ Sim, aos \_\_\_\_ meses

27. Quem aconselhou a começar leite artificial?

☐ própria mãe

☐ Médico de família

☐ Pediatra

☐ Enfermeiro (a)

☐ Farmacêutico

☐ Outros. Quem? \_\_\_\_\_

28. Já deu leite de vaca ao seu (sua) filho(a)?

☐ Não      ☐ Sim, aos \_\_\_\_ meses

29. Quem aconselhou a começar leite de vaca?

☐ própria mãe

☐ Médico de família

☐ Pediatra

☐ Enfermeiro (a)

☐ Farmacêutico

☐ Outros. Quem? \_\_\_\_\_

30. Foi amamentada?

☐ Sim      ☐ Não      ☐ Sem informação

#### IV Parte – Escala de Motivação para Amamentação (Nelas, Ferreira e Duarte, 2008)

Seguem-se algumas afirmações relacionadas com a motivação para a amamentação. Por favor, indique em que medida **Não concorda** ou **Concorda** com cada uma delas, marcando o espaço correspondente com uma cruz (x).

**Atenção:** Não tenha medo de expressar sua verdadeira opinião. Não existem respostas correctas ou erradas.

**Escala:**

- |                           |                        |
|---------------------------|------------------------|
| 1. Não concordo           | 4. Concordo muito      |
| 2. Concordo pouco         | 5. Concordo muitíssimo |
| 3. Concordo moderadamente |                        |

		1	2	3	4	5
1	Durante a gravidez pensei amamentar.					
2	O dar a mama ajuda o corpo a retomar as formas normais.					
3	Durante a gravidez conversei com o pai sobre a criança e o aleitamento materno.					
4	Irei amamentar o meu filho apesar de alguns sacrifícios.					
5	Durante a gravidez o pai acompanhou-me nas consultas pré-natais.					
6	Sinto que vou proteger o meu filho por o amamentar.					
7	Enquanto o meu bebe mamar sentir-me-ei plenamente feliz.					
8	Sei o que é colostro.					
9	Ao dar de mamar há estimulação da produção de leite.					
10	Ao dar de mamar diminui o risco de hemorragia pós-parto.					
11	Enquanto amamentar irei sentir-me mais próxima do meu filho.					
12	Sinto que viverei a maternidade em pleno, por amamentar.					
13	Tem-me sido dada informação suficiente pelos técnicos de saúde acerca do aleitamento materno.					
14	Sempre que tenho dúvidas sei que posso recorrer aos técnicos de saúde.					
15	Penso que o meu bebe será o mais bonito do mundo.					
16	O meu leite vai proporcionar ao bebe agua em quantidade suficiente.					
17	Por amamentar, o meu bebe ira ter digestões mais fáceis.					
18	O meu leite vai fornecer mais nutrientes ao meu bebe, que os leites artificiais.					
19	O facto de amamentar, vai proteger a mim e ao bebe de algumas doenças.					
20	Os bebes amamentados vão apresentar um melhor desenvolvimento.					
21	Ao amamentar o bebe irei contribuir para o bem-estar da minha família.					
22	Se ocorrer alguma situação que me impeça de amamentar conheço outras alternativas.					